

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 140

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA FORME

# VÉSICO-PUSTULEUSE

DE

L'INTERTRIGO MYCOSIQUE

---

## THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

*Le 12 Juillet 1922*

PAR

**STÉPHANE PAMOUKTCHIEFF**

Né à Troyan (Bulgarie), le 18 Novembre 1891



LYON

**IMPRIMERIE EXPRESS**

46, rue de la Charité, 46

—  
1922



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DE LA FORME  
**VÉSICO-PUSTULEUSE**  
DE  
L'INTERTRIGO MYCOSIQUE

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

|                      |                |
|----------------------|----------------|
| Doyen honoraire..... | MM. HUGOUNENQ. |
| Doyen .....          | J. LEPINE.     |
| Assesseur .....      | ROQUE.         |

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,  
LACASSAGNE, TESTUT.

## PROFESSEURS

|                                                          |   |                 |
|----------------------------------------------------------|---|-----------------|
| Cliniques médicales.....                                 | } | MM. TEISSIER.   |
| Cliniques chirurgicales.....                             |   | ROQUE.          |
| Clinique obstétricale et accouchements.....              |   | BARD.           |
| Clinique ophtalmologique.....                            |   | TIXIER.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....     |   | BERARD.         |
| Clinique neurologique et psychiatrique.....              |   | COMMANDEUR.     |
| Clinique des maladies des enfants.....                   |   | ROLLET.         |
| Clinique des maladies des femmes.....                    |   | NICOLAS.        |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....                   |   | LEPINE (J.).    |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....           |   | WEILL.          |
| Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....      |   | POLLOSSON (A.). |
| Physique biologique, radiologie et physiothérapie.....   |   | LANNOIS.        |
| Chimie biologique et médicale.....                       |   | ROCHET.         |
| Chimie organique et toxicologie.....                     |   | NOVE-JOSSERAND. |
| Matière médicale et botanique.....                       |   | CLUZET.         |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....        |   | HUGOUNENQ.      |
| Anatomie .....                                           |   | MOREL.          |
| Histologie .....                                         |   | MOREAU.         |
| Physiologie .....                                        |   | GUIART.         |
| Pathologie interne.....                                  |   | LATARJET.       |
| Pathologie et thérapeutique générales.....               |   | POLICARD.       |
| Anatomie pathologique.....                               |   | DOYON.          |
| Chirurgie opératoire.....                                |   | COLLET.         |
| Médecine expérimentale et comparée et bactériologie..... |   | MOURIQUAND.     |
| Médecine légale.....                                     |   | PAVIOT.         |
| Hygiène .....                                            |   | VILLARD.        |
| Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....           |   | ARLOING (F.).   |
| Pharmacologie .....                                      |   | Etienne MARTIN. |
|                                                          |   | COURMONT (P.).  |
|                                                          |   | PIC.            |
|                                                          |   | FLORENCE (A.).  |

## PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

|                                              |           |
|----------------------------------------------|-----------|
| Chargé d'un cours de Pathologie externe..... | VALLAS.   |
| — — Propédeutique de gynécologie.....        | CONDAMIN. |
| — — Chimie minérale.....                     | BARRAL.   |
| — — Urologie .....                           | GAYET.    |

## CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

|                                                     |             |
|-----------------------------------------------------|-------------|
| Anatomie topographique.....                         | PATEL.      |
| Botanique .....                                     | BRETIN.     |
| Embryologie .....                                   | HOVELACQUE. |
| Orthopédie .....                                    | LAROYENNE.  |
| Puériculture et hygiène de la première enfance..... | CHATIN.     |
| Stomatologie .....                                  | TELLIER.    |

## AGREGES

| MM.              | MM.                | MM.            | MM.                               |
|------------------|--------------------|----------------|-----------------------------------|
| NOGIER.          | GARIN.             | DUROUX.        | CORDIER.                          |
| BRETIN.          | SAVY.              | HOVELACQUE.    | ROUBIER.                          |
| LERICHE.         | FROMENT.           | TRILLAT.       | FAVRE.                            |
| THEVENOT (Léon). | THEVENOT (Lucien). | SARVONAT.      | MURARD.                           |
| TAVERNIER.       | PIERY.             | FLORENCE (G.). | BONNET.                           |
| CADE.            | COTTE.             | ROCHAIX.       | GRAVIER, chargé des<br>fonctions. |

M. BAYLE, secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. NICOLAS. *Président*; M. FROMENT, *Assesseur*;  
MM. THEVENOT Lucien et FAVRE, *Assesseurs*.

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 140

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA FORME

# VÉSICO-PUSTULEUSE

DE

L'INTERTRIGO MYCOSIQUE

---

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

*Le 12 Juillet 1922*

PAR

STÉPHANE PAMOUKTCHIEFF

Né à Troyan (Bulgarie), le 18 Novembre 1891



LYON

IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

1922





Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41553220\\_0072](https://archive.org/details/IA41553220_0072)

## AVANT - PROPOS

---

Avant de commencer cette modeste étude, nous voulons, obéissant moins à un usage qu'à un sentiment spontané, exprimer toute notre gratitude aux Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de Lyon, qui ont bien voulu s'intéresser à nous pendant nos années d'études. Nos remerciements iront tout particulièrement à :

M. le professeur Nicolas, professeur de la clinique des maladies cutanées et vénériennes, qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

Nous tenons à le remercier bien sincèrement du grand honneur qu'il nous fait.

M. le professeur Arloing, professeur de médecine expérimentale et comparée, qui nous a accueilli dans son laboratoire et qui nous a guidé de ses précieux conseils.

Il a bien voulu ajouter un titre de plus à notre reconnaissance en acceptant de faire partie du jury de notre thèse.

M. le professeur agrégé Favre, médecin des hôpitaux, qui nous inspira cette thèse.

La sympathie qu'il nous a toujours témoignée nous rendra particulièrement cher le souvenir d'un Maître à qui nous sommes heureux de pouvoir dire ici combien nous

furent précieuses ses leçons cliniques quotidiennes, exemptes de notions livresques mais pleines d'intérêt pratique, au chevet des malades de son service. Elles resteront pour nous un modèle parfait de précision et de clarté.

Qu'il daigne recevoir l'hommage de respect et de reconnaissance que nous lui présentons.

Enfin, nous ne voulons pas quitter ce beau pays de France, qui nous a offert pendant nos longues études, à deux reprises et dans des conditions bien différentes, une hospitalité toujours large et bienveillante, sans lui dire — simplement mais sincèrement — combien est grande notre admiration et profonde notre reconnaissance. Les sentiments que nous emportons chez nous sont des sentiments de sympathie et de vénération pour notre patrie intellectuelle.

---

# Contribution à l'étude de la forme vésico-pustuleuse de l'intertrigo mycosique

---

## INTRODUCTION

---

Les mycoses ont suscité ces derniers temps un nombre considérable d'ouvrages : les uns s'adressant aux endomycoses (celles qui affectent les viscères), les autres aux dermatomycoses (celles qui atteignent le tégument cutané). C'est sur cette dernière catégorie d'affections que l'attention des observateurs a été plus spécialement attirée.

Mais à côté de ces dermatoses, déjà connues, des chercheurs acharnés ont porté leur attention sur d'autres affections cutanées, qui étaient considérées jusque-là comme de simples épidermites dues à des causes purement physiques ou humorales. Et la notion de spécificité, qu'ils avaient soupçonnée dans ces cas, n'a pas tardé de donner des fruits. En effet, à l'aide des procédés de laboratoire, on a réussi à mettre en évidence, dans bon nombre de dermites bana-

les en apparence, la présence de champignons, dont l'action pathogène, quoique expérimentalement non encore démontrée, le plus souvent n'est pas contestée.

Nous voulons consacrer ce petit travail à l'étude d'une épidermomycose intéressante d'abord par ses manifestations objectives et ensuite par son parasite, récemment découvert. Notre tâche serait de synthétiser les notions éparses dans la littérature médicale sur cette nouvelle épidermite, connue actuellement sous le nom d'intertrigo mycosique, et d'essayer de décrire l'aspect clinique d'une forme spéciale, la forme vésico-pustuleuse.

Dans notre travail nous avons été particulièrement aidé par notre Maître, M. le docteur Favre, qui a bien voulu nous communiquer des documents personnels, et à qui nous sommes heureux de témoigner — une fois de plus — de notre très vive gratitude.

---

## CHAPITRE PREMIER

---

### Aperçu historique

---

En 1921, le professeur Dubreuilh fait une communication à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie sur une affection prurigineuse des plis inguinaux, qui rappelle, d'après lui, soit l'intertrigo vrai, soit l'eczéma marginé, mais qui pourtant s'en distingue nettement par des caractères spéciaux ; et il propose le mot d'intertrigo mycosique pour désigner cette nouvelle dermatose. Un an plus tard, avril 1922, M. Dubreuilh publie dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* une étude très détaillée sur la même question, en spécifiant bien que la nouvelle maladie est due à une levure, dont il rapporte les caractères culturels. Il insiste aussi sur ce fait que cette affection n'est pas si rare que l'on pourrait le croire, et à l'appui de cela il cite une vingtaine d'observations recueillies dans l'espace de quelques années. Ses premières observations datent de 1913. Pour lui, le parasite de l'intertrigo mycosique se trouverait plus facilement dans les squames

profondes et non pas à la surface des lésions ; il serait composé de deux sortes d'éléments : des filaments mycéliens et des corps arrondis ou ovalaires ; il se cultive très bien sur les milieux sucrés, en particulier sur le milieu de Sabouraud. L'inoculation au cobaye a été négative.

En 1920, donc un an avant la communication de Dubreuilh, et sans avoir eu connaissance de ses recherches, notre Maître, M. Favre, observa à Lyon un cas très intéressant, dont l'observation est publiée *in extenso* plus loin dans cette thèse, et qu'après l'avoir longuement et attentivement examiné, ne trouvant pas pour lui une étiquette dermatologique bien nette, eut l'idée d'orienter ses recherches vers la possibilité d'une mycose non décrite jusqu'alors. Il pratiqua l'examen des squames et ne fut nullement étonné de voir sous le microscope de nombreux petits corps arrondis, en amas et quelques rares filaments, les uns non cloisonnés, les autres paraissant comme étranglés de place en place. L'ensemencement fut fait et la culture montra, au bout d'une semaine, de belles colonies blanc-jaunâtres, crémeuses, rappelant de près les colonies de staphylocoques, composées de spores et de filaments, presque à l'état de pureté. L'inoculation au cobaye resta négative.

Si nous remontons dans la littérature médicale antérieure à cette dernière date, nous trouverons qu'en 1918 M. Sabouraud a écrit un article dans la *Presse Médicale* sur « le diagnostic et le traitement des intertrigos mycosiques ». Il est bon cependant de remarquer que dans cette publication l'éminent connaisseur des mycoses parle plutôt d'affections cutanées dues à l'épidermophyton inguinale et non pas à une levure. Il admet que l'agent pathogène

de l'eczéma marginé, venu des plis inguinaux avec les squames détachées, peut se loger dans les espaces interdigitaux des orteils en y provoquant des lésions qui ne seraient, pour M. Sabouraud, que de l'intertrigo mycosique. La question de ces dermatoses interdigitales n'étant pas de notre domaine, nous voudrions la laisser de côté ; mais la proche parenté qui existe souvent entre ces deux affections nous oblige de mentionner brièvement les récentes recherches qui ont été faites sur ces mycoses.

En 1917, Fabry fait des recherches sur un parasite levuriforme qu'il croit voisin de l'endomyces albicans et qu'il a isolé des squames d'une lésion du quatrième espace interdigital du pied gauche. Il dit avoir réussi non seulement à reproduire la lésion typique, mais encore à obtenir la rétroculture.

Mais les premiers auteurs qui ont observé des cas d'intertrigo mycosique typique sont MM. Gougerot et Hudelo. En mai 1914, Gougerot et Gancea présentent à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie un malade atteint « d'épidermomycose des plis inguinaux due à un parasite levuriforme ». L'intérêt de cette observation est dans l'aspect clinique des lésions qu'elle relate. Cet aspect rappelle de près les cas signalés ultérieurement par Dubreuilh, Favre. La note présentée par Gougerot et Gancea est intéressante aussi en ce qui concerne la recherche du parasite et de son action pathogène. Le résultat de ces recherches leur permet de dire qu'on se trouve en présence d'un agent mycosique extrêmement pathogène, puisqu'il a provoqué par inoculation à la souris une septicémie mortelle. Nous ne sommes pas bien persuadé qu'il s'agit, dans le cas de Gougerot et Gancea, du même parasite que celui retrouvé

dans des lésions analogues par d'autres observateurs (Dubreuilh, Favre, Hudelo) car, pour ces derniers auteurs, l'inoculation a toujours été négative.

Un mois plus tard (juin 1914), Hudelo et Montlaur font à la même Société une autre communication sur « l'épidermomycose eczématoïde par parasite du genre des levures ». Les quatre cas dont ils parlent se rapportent à des affections intertrigineuses, atteignant de préférence les espaces interdigitaux, mais pouvant intéresser aussi les plis inguinaux. Le parasite trouvé dans les squames serait une levure qui pousse abondamment sur le milieu de Sabouraud, en donnant des colonies blanches, crémeuses. L'inoculation aux animaux de laboratoires n'a pas donné de résultats positifs. (Dernièrement — mai 1920 — Hudelo et ses collaborateurs Sartory et Montlaur ont communiqué à l'Académie des Sciences une note sur un cas « d'épidermomycose eczématoïde de l'aisselle gauche chez une jeune femme, due à un parasite du genre endomyces ». L'étude détaillée qu'ils ont fait du champignon leur a permis de conclure qu'il s'agit de l'endomyces cratériforme, dont l'action pathogène serait nulle pour le cobaye et le lapin).

Tout récemment (décembre 1921), le professeur Lombardo lisait son rapport à la réunion annuelle de la Société Italienne de Dermatologie et de Syphiligraphie sur les « dermites endomycétiques interdigitales. » Le champignon isolé des squames serait, d'après Lombardo, un endomyces très voisin de l'endomyces albicans. L'expérimentation ne lui a pas permis d'affirmer, d'une façon absolue, son action pathogène, mais il pense que cette levure doit être l'agent spécifique des lésions interdigitales, parce qu'on la trouve constamment dans les squames et parce

qu'elle donne toujours des cultures positives dans lesquelles elle se présente sous la même forme.

Il y a un mois, M. Petges insistait dans son très beau rapport sur les « épidermomycoses », au I<sup>er</sup> Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de langue française, sur le fait que les affections mycosiques superficielles du tégument cutané sont souvent impersonnelles dans leur allure clinique et présentent un polymorphisme lésionnel comparable à celui des épidermites microbiennes. Spécialement pour l'intertrigo mycosique, il en admet deux variétés : l'intertrigo à épidermophyton (celui qui a été décrit par Sabouraud) et l'intertrigo à levures. Il signale de plus que les épidermophyties sont très fréquentes également en Amérique où de nombreux auteurs font des recherches intéressantes sur cette question (1). Malheureusement nous n'avons pu consulter que tardivement — et nous le regrettons — le rapport de M. Petges. Le lecteur trouvera dans ce rapport l'énumération de nombreux travaux qui ont traité à l'action pathogène de parasites levuriformes. Notre très modeste travail ne peut que se recommander de la haute autorité de M. Petges et des conclusions de son savant exposé.

---

(1) MITCHELL (de Chicago), dans une étude sur « les épidermomycoses des mains et des pieds », dit avoir trouvé constamment soit l'épidermophyton inguinale, soit un autre parasite non encore identifié. (*Archives of Dermatology and Syphilology*, february, 1922).



## CHAPITRE II

---

### Etude clinique

---

#### I. — ASPECT OBJECTIF DE L'AFFECTION

L'apparition de l'éruption dans la forme vésico-pustuleuse de l'intertrigo à levures se fait brusquement, en quelques heures. On voit apparaître au niveau des plis inguinaux ou génito-cruraux des placards rouges, surélevés. Leurs bords sont irréguliers et déchiquetés. Tout autour du placard principal, à une distance plus ou moins grande, poussent des lésions aberrantes, présentant les mêmes caractères que le placard lui-même. Le prurit à ce moment est peu marqué. De petites formations vésiculoides naissent sur la surface des placards ; elles sont larges, aplaties « ayant l'aspect de grains de riz cuit qu'on aurait glissé sous l'épiderme soulevé » (Favre) et contiennent très peu de liquide, mais jamais de pus. La rupture de ces pseudo-vésicules sous l'action du grattage laisse une surface suintante et rouge, entourée d'une petite collerette blanche. Cet aspect des lésions dure quelques semaines,

parfois même des mois (Obs. I). Pendant ce temps le prurit devient plus intense, quelquefois d'une extrême violence ; le grattage se répète et on voit apparaître au bout d'un certain temps des fissures au niveau des plis. Tout cela se passe pendant la saison chaude. En automne commence une régression des lésions qui va en s'accroissant et en hiver l'affection a presque disparu. Cependant il faut remarquer qu'on trouve toujours à cette période une ou deux petites plaques qui ne disparaissent jamais. C'est à ce niveau que la nouvelle poussée printanière fera son apparition, dès les premières chaleurs. En somme : apparition brusque de placards rouges, surélevés, à bords irréguliers et déchiquetés, avec formation de pseudo-vésico-pustules, constituées par le soulèvement d'un épiderme blanchâtre ; lésions aberrantes au voisinage du placard principal ; aspect macéré et humide du tégument ; prurit peu intense au début, violent, presque intolérable, ensuite ; recrudescence saisonnière très marquée des lésions. — voilà les principaux caractères de la forme vésico-pustuleuse de l'intertrigo à levures.

## II. — RECHERCHE DU PARASITE

Avant d'aborder la description du parasite, trouvé dans les squames des lésions intertrigineuses, nous voulons dire quelques mots sur les levures en général, leur mode de reproduction et leur action pathogène. Qu'est-ce qu'une levure ? « On désigne vulgairement sous le nom de levure tout microorganisme qui provoque la fermentation alcoolique ». Les botanistes ont restreint cette signification biochimique et aujourd'hui on entend par levure tout cham-

pignon unicellulaire. — Quelle place occupent les levures dans l'échelle botanique ? Pour certains auteurs (Hansen, Guilliermond) — et il paraît qu'actuellement c'est l'opinion la plus admise — les levures doivent être considérées comme formant un groupe d'ascomycètes. On devrait distinguer des vraies levures et des « formes-levures » ; les premières à aucun moment ne présentent de véritable mycélium, tandis que les secondes en présentent fréquemment. — Comment s'opère la reproduction chez les levures ? Par bourgeonnement et par sporulation. Le bourgeonnement se produit chaque fois que la levure se trouve dans de bonnes conditions de nourriture ; la sporulation est provoquée soit par le manque d'aliments, soit par l'accumulation dans le milieu de culture de produits toxiques, sécrétés par la levure. Les levures sont-elles pathogènes ? L'expérimentation nous montre que la plupart sont inoffensives pour les animaux ; quelques-unes (levure de bière par exemple) sont douées de propriétés curatives. — S'il est vrai que les levures ne sont pas capables de provoquer des troubles bien appréciables de la santé générale, il n'est pas moins vrai qu'elles sont susceptibles, dans des conditions favorables, de créer de multiples lésions sur le tégument cutané qui, à part leur incommodité, pourraient servir de porte d'entrée pour d'autres agents microbiens. — Les conditions favorables pour le développement des levures sont : température modérée (30°, 35°), humidité suffisante et milieu nutritif. La chaleur au-dessus de 50° les tue.

Après cet exposé succinct de la vie des levures, voyons maintenant comment se présente le parasite de l'intertrigo mycosique. D'abord quelques mots sur la technique de

l'examen. Avant de faire un prélèvement, il est bon de bien nettoyer les lésions, car il arrive souvent que des hotes saprophytes de la peau et surtout des particules provenant de pommades et de poudrages, en imposent pour de levures. Les squames doivent être prises à la périphérie des placards. Sur le produit prélevé on verse quelques gouttes d'une solution de soude à 40 % et on attend 10-20 minutes. On égoutte avec précaution, on sèche et colore au bleu de Sahly. Un autre procédé consiste à ajouter sur la lame de l'acide acétique, qui éclaircit les squames, puis à chauffer légèrement et à colorer, après dessiccation. A un grossissement moyen, le parasite se présente sous la forme de filaments et de spores. Les filaments sont peu nombreux, tortueux et non cloisonnés ; on en observe cependant quelques-uns qui paraissent comme étranglés. Les spores forment des amas compacts, composés de 10-20 individus. Elles sont de dimensions variables, dépassant légèrement le diamètre des filaments, de forme arrondie ou ovale et flaquante, le plus souvent, mais pas toujours, les éléments mycéliens.

L'ensemencement fait sur le milieu de Sabouraud donne, dès le troisième jour, une petite colonie blanc-jaunâtre qui s'agrandit constamment jusqu'au quinzième jour. « A l'état adulte elle a les dimensions d'un gros pois ; elle est un peu saillante, bombée, humide, de forme circulaire, de consistance pâteuse et nullement filamenteuse. L'apparence est celle d'une culture de staphylocoque. Vers le quinzième jour sa surface devient un peu irrégulière, mamelonnée au centre ; à la longue apparaissent quelques rares filaments aériens, courts, épais et visibles à la loupe. Bientôt à la périphérie de la culture il se forme une auréole

de filaments rayonnants s'étendant quelquefois sur les parois du tube. En étudiant les filaments qui rampent sur la paroi du tube en le plaçant tout entier sur la platine du microscope, on voit que les filaments émettent des rameaux collatéraux. Autour de ces rameaux naissent des spores abondantes, rattachées au filament par un court pédicule. Au bout de quelque temps ce filament se rompt comme une branche trop chargée et les spores se dispersent. Au point de vue morphologique, les spores se présentent sous la forme de corpuscules arrondis ou ovoïdes, très réfringents, avec une membrane d'enveloppe à double contour, un protoplasma clair et un ou deux nucléoles. La spore mesure d'ordinaire sept à neuf  $\mu$ . Les filaments sont moins nombreux, de longueur variable et de calibre irrégulier. Ils se ramifient en donnant des branches collatérales, mais ne présentent jamais l'aspect cloisonné. Morphologiquement l'élément filamenteux est formé par une membrane d'enveloppe à double contour très net, par un protoplasma granuleux et par plusieurs nucléoles (Dubreuilh).

En résumé : filaments mycéliens tortueux, peu nombreux, ramifiés, étranglés quelquefois mais non segmentés, de calibre irrégulier ; spores nombreuses aussi bien dans les squames que dans les cultures, arrondies ou ovoïdes, très réfringentes, isolées ou groupées en amas par 10-20, flanquant souvent les éléments mycéliens. Au point de vue structural spores et filaments se présentent avec membrane d'enveloppe à double contour ; deux gros nucléoles et mince couche de protoplasma dans chaque spore, plusieurs petits nucléoles et protoplasma abondant, granuleux dans chaque filament, — voilà le contenu des éléments du parasite de l'intertrigo mycosique.

### III. — DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'intertrigo à levures est facile en général ; cependant il ne l'est pas toujours. Car les régions des plis — son siège habituel — abritent souvent des affections d'un autre type, il est vrai, mais qui lui ressemblent cliniquement beaucoup. Parmi ces épidermites, qui demandent à être différenciées, nous citerons : l'intertrigo vrai, l'érythrasma, l'eczéma marginé, l'herpès circiné trichophytique, l'eczéma séborrhéique, enfin les diverses épidermites microbiennes. Dans la forme vésico-pustuleuse le diagnostic est surtout à faire avec les folliculites à microbes pyogènes. Quelquefois chez les diabétiques on serait amené à déterminer la nature d'une diabétide pour le combattre mieux et on ne sera pas étonné de trouver, à l'examen microscopique des croûtelettes, à côté des staphylocoques, des amas de levures, ce qui prouve que très souvent les diabétides, banales en apparence, sont d'origine mycosique.

L'intertrigo vrai se présente sous forme de plaques érythémateuses d'un rouge foncé, dont la surface est desquamée et suintante. La lésion ne dépasse pas la limite des surfaces en contact ; son bord est régulier, sans infractuosités ; pas de vésicules, pas de lambeau d'épiderme facilement décollable. En dehors de la plaque principale il n'existe aucun élément aberrant. Le prurit est faible ; c'est plutôt une sensation de cuisson qu'éprouvent les malades porteurs de lésions intertrigineuses vraies. Sa cause doit être recherchée dans l'action de la sueur sur des surfaces soumises à des frottements constants et prolongés.

Son maximum de fréquence est la saison chaude. Guérit par le repos et les poudrages. L'intertrigo vrai aime les régions des plis.

L'érythrasma est la seconde affection qui doit être différencié de l'intertrigo mycosique. Son siège d'élection est la face interne de la partie supérieure des cuisses, mais peut envahir aussi les régions des plis. Il se présente sous la forme de placards arrondis ou polycycliques, couleur café au lait, dont la surface est sèche, rugueuse et ne desquame que par le grattage ; les squames sont toujours très fines. Les bords sont bien arrêtés et finement dentelés. Les téguments ne présentent pas l'aspect macéré ; les vésicules et les lésions aberrantes n'existent pas ; le prurit manque complètement. Ce dernier caractère négatif permet à l'affection de passer longtemps inaperçue. La guérison est obtenue par le badigeonnage iodé.

Mais c'est surtout avec l'épidermophytie inguinale de Sabouraud (ancien eczéma marginé de Hébra) que l'intertrigo à levures pourrait être confondu. En effet, l'eczéma marginé occupe le plus souvent les plis inguinaux et présente d'abord des plaques érythémateuses qui deviennent ensuite suintantes et squameuses. Quelquefois on peut aussi voir des formations vésiculeuses. Les lésions dépassent généralement la limite des surfaces en contact et leurs bords ne sont pas toujours réguliers, mais présentent souvent des infractuosités qui donnent à l'ensemble l'aspect « d'une carte de géographie capricieusement découpée. » Nous insistons à dessein sur ce caractère commun aux deux affections, car il nous semble que dans les cas douteux où l'on hésite entre intertrigo mycosique et épidermophytie inguinale, à défaut d'examen microscopique,

l'attention devrait être attirée non pas sur le bord déchiqueté, mais sur l'aspect macéré des téguments. Or cet aspect macéré ne se voit que dans l'épidermite à levures, tandis que le bord géographique se voit également dans l'eczéma marginé. Nous avons tenu à faire cette remarque sur la valeur spéciale de l'aspect macéré dans l'intertrigo mycosique, parce que nous sommes convaincu que c'est un caractère de première importance. Sa présence à la période d'état de l'épidermite à levures est constante, mais son absence au début ne sera pas forcément en faveur de l'épidermophytie inguinale. Dans des cas pareils, l'examen des squames rendra de grands services. L'eczéma marginé est causé par l'épidermophyton de Sabouraud, qui se présente dans les squames sous forme de nombreux filaments, les uns grêles, longs et tortueux, les autres gros, courts et peu tortueux ; ils sont finement cloisonnés et ressemblent à des chapelets. Pas de spores isolées. Donc la différence est bien nette entre l'épidermophyton et la levure de l'intertrigo, celle-ci présentant surtout des spores en amas et peu de filaments non segmentés ou légèrement étranglés. L'eczéma marginé guérit rapidement par la médication iodée.

Certaines trichophyties des parties glabres peuvent simuler dans quelques cas l'intertrigo mycosique. Ces dermatoses, dont le type est l'herpès circiné trichophytique, débutent par une tache rose, très petite d'abord. Cette tache est arrondie, à peine saillante et devient très rapidement squameuse. L'herpès circiné provoque des démangeaisons assez vives et peut présenter quelquefois des formations vésiculeuses à sa périphérie, qui ne tardent pas à se dessécher et alors on voit toute la lésion recouverte de

nombreuses squames. La progression de cette trichophytie se fait par l'apparition de nouveaux anneaux vésiculeux. L'herpès circiné se voit le plus souvent sur le dos du poignet, mais peut se rencontrer aussi, quoique exceptionnellement, au niveau des plis, notamment aux aines. Les téguments ne sont pas macérés. La guérison commence toujours par le centre. D'après Sabouraud, cette affection est due, soit au trichophyton ectothrix, soit au trichophyton endothrix.

Quelquefois on peut observer aux aisselles — et surtout dans les régions inguinales et péri-anales — des plaques rouges, un peu squameuses et humides, très prurigineuses qui imposent pour de l'intertrigo. Mais la présence sur d'autres endroits du corps (le dos, la poitrine) de pareils plaques, rouges sur les bords, bistrées au centre, fera penser plutôt à un éczéma seborrhéique.

Les régions des plis sont souvent le siège d'épidermites d'origine microbienne. Le diagnostic dans ces cas n'est pas toujours facile. Néanmoins l'aspect macéré des téguments s'observe rarement dans les dermites à microbes ; le prurit est moins marqué. Mais il existe souvent d'autres localisations à distance sous forme de placards érythémato-squameux ressemblant aux éléments de la parakératose psoriasiforme. Il est certain qu'on observe dans la région des plis et surtout à l'aine des dermatoses sèches, érythémato-squameuses, à contours nets, trichophytoïdes, dont le diagnostic est très difficile avec les épidermophyties érythémato-squameuses (*Erythrasma*, etc.). Il ne se pose pas avec l'intertrigo à levures dont un caractère clinique important est l'humidité, l'aspect blanchâtre des lambeaux épidermiques à la périphérie des lésions et au niveau des soulèvements pseudo-vésiculeux.

Le diagnostic de la forme vésico-pustuleuse est surtout à faire avec les folliculites microbiennes. On se basera pour l'établir sur les caractères des vésicules qui sont beaucoup plus larges dans l'intertrigo mycosique et rappellent des grains de riz cuits ; sur l'état de l'épiderme qui est macéré, blanchâtre, enfin sur le contenu des vésicules : du pus dans les folliculites, pas de pus et peu de liquide dans l'épidermite à levures. Dans les cas douteux la question sera tranchée par l'examen des squames ou mieux par la culture.

Chez les diabétiques (femmes), on observe fréquemment des lésions cutanées au niveau des organes génitaux. Ces diabétiques seraient, d'après notre maître M. Favre qui en a relevé quelques cas, souvent d'origine mycosique. Dubreuilh, lui aussi, signale la fréquence d'affections génitales de la même nature chez les diabétiques. Le diagnostic clinique dans ces cas n'est pas toujours aisé. Si les vésicules manquent, on est obligé d'avoir recours, soit à l'examen microscopique, soit à la culture.

#### IV. — PRONOSTIC ET TRAITEMENT

L'intertrigo mycosique est d'un pronostic favorable ; il ne s'accompagne pas de troubles de la santé générale. Mais il est douteux qu'il puisse guérir spontanément sans autre médication que les soins hygiéniques. Abandonné à lui-même, il traîne des mois et des années et peut acquérir un développement important, envahissant toute la région péri-anale et se propageant en arrière jusqu'à la région lombaire, comme en témoigne notre observation I. Chez le nourrisson on a même signalé des généralisations occu-

pant toute une partie du corps. Des complications graves n'ont pas été observées.

Quand on ne connaissait pas encore la nature mycosique de certains intertrigos; on s'adressait pour le traitement à toutes sortes de médicaments. Les uns employaient de simples poudrages combinés au repos, les autres préféraient la pommade de Zn et l'eau d'Alibour. Et on obtenait souvent de bons résultats parce que probablement on avait affaire à des formes non mycosiques. Comme témoignage de cet empirisme thérapeutique nous citerons la pratique de Wolf (de Vienne), qui avait préconisé, pour combattre l'intertrigo des nourrissons, l'emploi des compresses chaudes (à 40°) plusieurs fois par jour. Il est certain qu'il ne s'agissait pas d'intertrigo mycosique, car nous doutons qu'une compresse chaude puisse détruire des filaments mycéliens et des spores. Nous savons très bien que la chaleur tue les levures, mais seulement à partir de 50°-55°.

Brault, s'inspirant du fait que l'acide chromique agissait très bien dans les cas d'hyperidrose plantaire — tout en admettant que les deux affections avaient la même origine : troubles sécrétoires des glandes suroripares — eut l'idée de l'essayer aussi dans l'intertrigo. Et il en conclut : « La solution à 3 p. 100 d'acide chromique, non seulement guérit l'intertrigo, mais encore prévient, mieux que tout autre chose, son retour en déterminant une sorte de tannage des téguments ». Il est possible que l'acide chromique puisse guérir certaines dermites, mais son action caustique doit en faire surveiller son emploi et ses indications sont encore à préciser.

La notion de la fréquence des affections mycosiques

allait enfin conduire les observateurs à des thérapeutiques rationnelles. Gougerot employait, en 1914, la teinture d'iode diluée au dixième. Vers la même époque, Hudelo traitait ses cas « d'épidermomycoses eczématoïdes » — le terme d'intertrigo mycosique n'était pas encore créé — avec la solution de nitrate d'argent au dixième. Les deux auteurs disent avoir obtenu des résultats très satisfaisants. En 1918, Sabouraud préconise la teinture d'iode au cinquième pour le traitement « des intertrigos mycosiques ». Voici la formule :

Teinture d'iode : 10 grammes.

Alcool à 80° : 50 grammes.

Après un lavage préalable à l'eau tiède et au savon des régions intéressées, qui a pour but de faciliter la pénétration du médicament dans les couches profondes, car c'est là que le parasite se trouve le plus souvent, on fait des badigeonnages quotidiens. Aussitôt après l'application de la teinture d'iode le malade éprouve une sensation de cuisson, qui d'ailleurs ne dure pas longtemps. Le deuxième jour, les démangeaisons diminuent d'intensité et la cuisson est moins forte. A partir du quatrième jour, les lésions deviennent sèches et commencent à s'épidermiser. La guérison est complète au bout d'une ou deux semaines. On peut observer des rechutes fréquentes — et elles sont à prévoir — mais le traitement iodé, institué de nouveau les fait disparaître rapidement.

On peut employer également avec succès la pommade de Whitfield :

Axonge : 30 grammes.

Acide benzoïque : 1 gramme.

Acide salicylique : 1 gramme.

Un autre médicament qui agit dans les épidermophyties est la chrysarobine. Elle a cependant un inconvénient : N'est pas toujours bien supportée par les régions génitales.

En résumé : Il est bien certain que la conduite du traitement doit être subordonnée étroitement au diagnostic. C'est la première et la plus importante des tâches que d'établir la nature de l'affection qui occupe les plis. Si de nombreux médicaments ont eu parfois des succès, parfois des insuccès dans le traitement des affections dites intertrigineuses, c'est qu'on se trouvait en présence d'affections de causes différentes. Le diagnostic de l'intertrigo mycosique une fois posé, la thérapeutique devient très simple. Celle qui a réussi à notre maître M. Favre, c'est la thérapeutique iodée. Il a employé aussi la pommade de Whitfield, qui — ainsi comme le signale M. Dubreuilh — provoque les premiers jours de douleurs vives mais passagères. La chrysarobine lui a paru beaucoup plus difficilement maniable et les deux médications précédentes suffisent à assurer la cure d'une affection, dont il importe de surveiller les récives fréquentes, on le sait, dans les épidermites mycosiques. Tant que la thérapeutique n'a pas produit la disparition complète de tout parasitisme cutané, la guérison ne peut être considérée comme définitive. Nous le répétons encore, en terminant, le succès dans le traitement d'une épidermite intertrigineuse ne peut être assuré que par un diagnostic précis de sa cause.

---



## CHAPITRE III

---

### Etiologie et Pathogénie

---

Si l'on connaît d'une façon presque certaine l'agent pathogène de l'intertrigo mycosique, on est encore mal renseigné sur son mode de transmission. Pour la conception ancienne de l'intertrigo, d'après laquelle il serait dû à une anomalie de la sécrétion des glandes sudoripares, cette question étiologique n'existait pour ainsi dire pas. L'action de causes purement physiques suffisait pour expliquer la présence à tel ou tel point du tégument cutané de lésions intertrigineuses. Ainsi, par exemple, à la suite de frottements répétés et d'une sécrétion sudorale exagérée, on voyait se produire au niveau des plis une rougeur diffuse et prurigineuse ; la stagnation de la sueur provoquait bientôt la macération de l'épiderme qui ne tardait pas à se décoller, montrant au-dessous une surface suintante, et le tableau de l'intertrigo apparaissait dans toute sa beauté. Pour Brocq, qui avait étudié surtout les lésions intertrigineuses chez la femme, cette affection reconnaît comme causes : la malpropreté, la blennorrhagie, la leucorrhée.

La conception actuelle de l'intertrigo à levures nous apporta une notion étiologique de grand intérêt. Il est évident qu'à côté de la cause efficiente dont les résultats de la thérapeutique nous montrent le rôle important, il existe des facteurs secondaires non moins importants, tels que la chaleur modérée, l'humidité, etc. On est forcé, par les faits cliniquement observés, d'admettre que les causes adjuvantes jouent un rôle assez considérable dans l'étiologie des épidermites mycosiques. En effet, comment expliquer autrement cette recrudescence saisonnière, sur laquelle notre maître M. Favre insiste avec raison, des lésions intertrigineuses, dont la nature mycosique a été dûment vérifiée, sinon avec le retour de conditions favorables pour le développement du parasite ? Chez les diabétiques la présence des matières sucrées au niveau des organes génitaux constitue un bon milieu nutritif pour la pullulation du champignon. Les levures, disons-nous plus loin, aiment l'humidité. C'est un argument pour expliquer pourquoi les manifestations cutanées se trouvent primitivement toujours dans les régions des plis.

Par quel mécanisme s'opère la contamination ? D'où vient le champignon ? Est-ce un parasite qui vit en saprophyte dans les plis cutanés et n'attend que des conditions favorables pour s'y développer ? C'est possible. Est-ce de dehors qu'il a été apporté par l'intermédiaire du linge ? La chose est encore probable. En tout cas voilà des questions sur lesquelles on ne peut faire que des hypothèses. Les cas de Dubreuilh et de Favre, de contagion par rapport sexuel sont très intéressants à ce point de vue, mais ils ne sont pas suffisants pour affirmer le caractère contagieux de la maladie. Quant à savoir si les jeunes ou les

adultes sont plus sujets à cette affection, les observations nous montrent que l'âge ne joue aucun rôle dans l'étiologie de l'intertrigo mycosique, puisqu'on voit aussi bien des nourrissons que des adultes et des vieillards qui en sont atteints. Toutefois l'étude des dermites intertrigineuses de l'enfant mérite d'être reprise à la lumière des faits acquis dans ces dernières années.

L'agent pathogène de l'intertrigo mycosique est très probablement une levure qui se présente sous la forme de filaments mycéliens et de corpuscules ovoïdes, dont nous nous occuperons en détail dans un chapitre suivant. On n'a pas encore la preuve décisive, celle qui résulte de l'expérimentation, puisque toutes les tentatives faites dans le but de reproduire la même mycose chez des animaux de laboratoire (cobaye et lapin) par inoculations sous-cutanées ou intra-veineuses, soit des squames, soit des cultures, ont échoué jusqu'à présent. C'est du moins l'opinion de la plupart des expérimentateurs (Dubreuilh, Favre, Hudedelo) (1). Mais ce qui nous fait admettre l'action pathogène de ce parasite, c'est sa présence constante dans beaucoup de lésions intertrigineuses, c'est sa forme toujours la même dans toutes les cultures où il a poussé. On connaît bien d'autres affections cutanées (l'érythrasma, par exemple), pour lesquelles l'expérimentation n'a pas encore donné des résultats incontestables et qui pourtant sont considérées par tous les dermatologistes comme épidermomycoses.

---

(1) Il faut cependant signaler que, dans le cas de Gougerot, le parasite s'est montré pathogène pour le lapin et la souris. De plus, cet auteur parle de réactions humorales, d'agglutination et de fixation positives avec le sérum du malade et son propre parasite. Cette question de sporo-agglutination comme moyen de diagnostic dans les mycoses a été étudié récemment par Widai pour le sporotrichum.



# OBSERVATIONS

---

## OBSERVATION I

Elle est relative à M. M..., 25 ans, étudiant en médecine, qui a bien voulu rédiger sa propre observation et à laquelle nous ne changerons absolument rien. Nous négligerons simplement la relation d'accidents cutanés antécédents, ayant occupé le cuir chevelu et les membres inférieurs dans la jeunesse du malade : il s'agissait de psoriasis typique.

L'affection mycosique qui nous intéresse a fait son apparition en 1920 ; c'est celle que nous allons maintenant rapporter ou plutôt que le patient va nous décrire.

« *Été 1920.* — Apparition au printemps au moment des premières chaleurs de poussées au niveau des régions inguino-crurales droite et gauche. Sudation locale et générale très abondante. On note localement une éruption de petites vésicules à contenu purulent, localisée à la base des poils. Ses vésicules sont séparées par des intervalles de peau saine et sont entourées à leur base par une petite auréole inflammatoire. La première localisation se fait sur la face interne des cuisses, à la hauteur des bourses. Son apparition est brusque ; elle se fait en vingt-quatre heures au maximum. Le prurit, à ce moment, est peu marqué ; c'est plutôt une sensation analogue à celle produite par une piqûre d'épingle. De son point de départ primitif, l'éruption envahit le périnée et le sillon interfessier. Les surfaces génitales sont respectées. L'éruption dure ainsi tout l'été sans période d'accalmie vraie. A certains moments, petites poussées locales nouvelles, apparaissant en quatre ou cinq heures, surtout

pendant les fortes chaleurs ou après la marche, et ne régressant jamais complètement. La totalité de l'éruption ne dépasse pas la face interne des cuisses, partie supérieure, et le sillon interfessier. Le pubis et les organes génitaux ne sont pas atteints. Après un mois environ le prurit, peu intense au début, devient très marqué. La rupture des petites vésicules, sous l'action du grattage, laisse une papule suintante et rouge, entourée d'une petite collerette blanche, et recouverte de fines squames. A la fin de l'été, à la suite du grattage, les vésicules primitives deviennent méconnaissables. Nombreuses fissures aux plis de flexion. Les applications de pommade à l'ichtyol et au goudron restent sans effet et l'affection persiste jusqu'à la fin de l'été, malgré un régime alimentaire sévère.

« Au moment des premiers froids, les papules s'aplatissent, les vésicules se vident, la peau reprend sa souplesse et sa coloration normales. En quinze jours, tout disparaît. Pas d'altération, ni de chutes des poils. A signaler : la persistance pendant tout l'hiver 1920-21, de chaque côté de la racine de la verge, de deux petits placards recouverts de squames. Tous les huit jours environ, une sensation de prurit intense se fait sentir à ce niveau. Le grattage, en enlevant toutes les squames, laisse au-dessous une plaque rouge sombre, suintant pendant quelques heures. Les squames enlevées, le prurit cesse. Pas d'extension de ces placards pendant tout l'hiver.

« *Été 1921.* — Dès le début des premières chaleurs (mai 1921), reproduction exacte de l'éruption signalée ci-dessus avec la même localisation et les mêmes caractères fonctionnels et physiques. Une pommade à l'acide salicylique et à l'acide phénique amène une régression temporaire des lésions durant un mois.

« *Au début de juin 1921.* — Nouvelle poussée coïncidant avec une recrudescence de la chaleur et de la sudation. C'est seulement à ce moment que le malade est vu par le docteur Favre qui lui prescrit des pansements humides à l'eau d'Alibour et une pommade à l'oxyde jaune de mercure. Après huit jours de ce traitement, les lésions ont changé d'aspect : à la face interne des cuisses, on note des papules rouges, entourées par une petite collerette épidermique blanchâtre et comme mabérée. Le prurit devient intense. Les éléments sont groupés en placards, séparés les uns des autres par des intervalles de peau saine. Application

locale de chrysarobine (0,20 p. 100 lanoline). Amélioration locale notable ; mais des nouvelles poussées apparaissent se manifestant comme au début par de petites vésicules à contenu purulent. Toutefois, malgré le volume assez marqué de ces vésicules, le liquide contenu est peu abondant et l'on est frappé lorsqu'on essaye de percer l'élément vésiculaire, de constater que cette vésicule est surtout constituée par un soulèvement de l'épiderme qui, à ce niveau, paraît humide, macéré, très friable. Ces poussées envahissent successivement tout le pubis, qui n'avait jamais été atteint auparavant ; les fesses sont prises à leur tour. L'affection évolue par des coups successifs. Chaque nouvelle poussée traitée par la chrysarobine met huit jours environ pour s'affaïsser complètement. Lorsque la guérison semble proche, une nouvelle poussée apparaît en quelques heures à une distance plus ou moins grande de celle qui vient de s'éteindre. Chaque poussée est accompagnée de picotements violents qui, plus tard, font place à du prurit. Parfois le prurit précède l'éruption de vingt-quatre ou de quarante-huit heures et permet de la prévoir.

« L'éruption descend ensuite assez bas sur la face interne des deux cuisses surtout à gauche. Les bourses, jusque-là respectées, sont envahies à leur tour. L'éruption commence ici sur la bourse gauche du point de contact de cette dernière avec une éruption nouvelle située sur la face interne de la cuisse correspondante. Quelques éléments disséminés sur la verge. Eléments abondants à la base de cet organe. Le prurit est très violent, peu intense pendant la journée, très marqué de 10 heures du soir à minuit. Ce prurit entraîne l'insomnie et parfois interrompt le sommeil. Ses points maxima sont au niveau du pubis, des bourses et de l'anus.

« Depuis quelques jours (20 juillet) apparition de vésicules semblables à distance du foyer initial : peau de l'abdomen, aisselle, face antérieure de la cuisse gauche et genou gauche. Au niveau du genou gauche, petite poussée locale assez marquée, pouvant s'expliquer par l'accumulation des squames venues du pubis et arrêtées à ce niveau par la constriction de la jarretelle. Rien aux jambes.

« 24 juillet. — Petite poussée au niveau de la face interne du genou droit et sur la face antérieure du poignet droit. »

Ici s'arrête la narration du malade et nous complétons l'observation par les notes de notre Maître, M. Favre :

« *Fin juillet.* — L'affection cutanée a atteint son maximum de développement. Elle s'accompagne d'un prurit vraiment intolérable. Dans le sillon interfessier, les téguments macérés, œdémateux, reposent sur une base surélevée qui soutend le vaste placard enflammé, disposé symétriquement le long du sillon interfessier. Le pubis, les plis inguinaux sont très largement envahis. Depuis l'application de chrysarobine, les vésico-pustules ressemblant à des grains de riz cuit, sont moins abondants. Mais il existe, par contre, une desquamation très marquée.

« L'attention avait été attirée du côté d'une mycose par le type éruptif singulier de la maladie, par l'aspect et le contenu des vésicules, différant totalement des pyodermites, et par la localisation de l'affection cutanée. L'examen microscopique est à ce moment pratiqué et montre dans les squames l'existence d'amas de spores ovoïdes, irrégulièrement répartis ; on trouve également quelques filaments non segmentés ou légèrement étranglés, grêles, libres ou plus souvent flanqués par des spores. La culture donna rapidement naissance sur tous les tubes (milieu de Sabouraud) à des colonies grasses, orbiculaires, légèrement jaunâtres, ressemblant à tel point au staphylocoque que les tubes furent considérés comme contaminés et ce n'est que simplement par mesure de contrôle que quelques lames furent faites avec ces cultures. Et elles se montraient composées non par des staphylocoques, mais exclusivement par des levures dont la culture n'a malheureusement pas pu être poursuivie. »

## OBSERVATION II (1)

Il s'agit d'une malade diabétique vue par notre maître, M. le Docteur Favre.

Elle était venue le consulter pour des lésions intertrigineuses, occupant les plis inguinaux et génito-cruraux. Ces lésions se prolongeaient dans le sillon interfessier et jusqu'à la pointe du coccyx. Elles provoquaient un prurit d'une extrême intensité, surtout depuis le retour de la saison chaude et persistaient sans en avoir été modifiées depuis près de deux ans.

---

(1) Nous donnons le résumé de cette observation, qui est assez longue.

*A l'examen.* — Rougeur très étendue ; lésions modifiées par le grattage ; au niveau des plis, fissures avec aspect macéré, blanchâtre, des téguments ; en deux points, dans le sillon génito-crural droit, vésicules, aplaties, ayant l'aspect d'un grain de riz que l'on aurait glissé sous l'épiderme ; pas de pus dans ces pseudo-vésicules.

M. Favre fait le diagnostic : épidermite à levures évoluant chez une diabétique et présentant l'aspect d'une diabétide génitale.

L'examen des squames montre comme dans la première observation, des levures particulièrement abondantes et quelques filaments. Le traitement iodé amène très rapidement une amélioration, puis la guérison de la malade.

### OBSERVATION III (1)

Elle est relative à une femme enceinte vue par notre maître, M. le Docteur Favre, pour des lésions prurigineuses siégeant au niveau des organes génitaux.

La patiente présentait, depuis plusieurs semaines, des lésions ayant envahi la vulve, la face interne des cuisses, les plis inguinaux, le pubis. Ces manifestations cutanées sont accompagnées de démangeaisons extrêmement violentes. La malade n'a tiré aucun bénéfice des médications diverses qui ont été tentées jusque-là.

*A l'examen.* — Vaste nappe érythémateuse, occupant toutes les régions sus-indiquées. On est frappé par l'aspect humide, macéré des surfaces. En certains points des plis inguinaux, il existe des fissures bordées d'un épiderme blanchâtre ; quelques vésico-pustules à type de grains de riz. Le diagnostic d'intertrigo à levures est porté d'une façon ferme. L'examen microscopique n'a pas été pratiqué. Traitement iodé et pommade de Whitfield.

La malade écrit à M. Favre, quinze jours plus tard, que ses boutons et démangeaisons ont complètement disparu et fait suivre cette déclaration de phrases que nous ne rapportons pas, mais qui indiquent combien elle a été satisfaite de trouver une médication qui l'a débarrassée de l'insupportable dermatose qui la tourmentait depuis plusieurs semaines. (Le mari de cette femme a présenté des lésions semblables à la base des cuisses.)

---

(1) En résumé.



## CONCLUSIONS

---

Parmi les faits nouveaux qui ont, en dermatologie, une très grande importance, deux méritent d'être spécialement signalés : le premier tient dans l'orientation actuelle de la recherche plus attentive des causes locales, trop longtemps négligées au profit des facteurs internes, dans la pathogénie des dermatoses ; le second est la notion des réactions locales différentes du tégument cutané. Il existe un véritable régionalisme cutané qui favorise l'apparition de telle ou telle affection et lui imprime un aspect clinique et une évolution en rapport avec les conditions locales du tégument.

La recherche des causes locales a permis de mettre en évidence dans un très grand nombre d'affections, dont la pathogénie était restée jusque-là en discussion, le rôle prépondérant de microbes, de parasites, et ainsi s'est ouvert en pathogénie un chapitre, dont l'importance va chaque jour en croissant. L'étude des affections qui ont pour siège les régions des plis nous montre, mieux que toute autre l'importance des causes externes des dermatoses. En effet, c'est dans ces régions des plis que s'observe un grand nombre d'affections parasitaires que l'on sait actuellement différencier.

Les observations récentes ont permis d'ajouter à cette liste des épidermites dites à levures, dont le parasite n'est pas exactement classé à l'heure actuelle, mais diffère, soit dans les squames, soit par ses caractères culturels, des parasites jusqu'ici connus des épidermophyties des plis. Les caractères objectifs constants de ces épidermophyties à levures sont : la fine collerette blanchâtre, bordant la lésion ; l'aspect macéré des téguments ; la production à distance de la plaque principale de lésions aberrantes. Un caractère important est tiré de l'intensité du prurit toujours net, parfois très intense. L'épidermite à levures peut évoluer avec un aspect objectif sur lequel nous insistons et que caractérisent des soulèvements vésico-pustuleux recouverts d'un épiderme blanchâtre, macéré, au-dessous duquel on ne rencontre qu'un minime exsudat. Cette forme vésico-pustuleuse diffère objectivement des autres formes d'épidermophyties dont le caractère habituel est la sécheresse et l'aspect érythémato-squameux. Dans notre observation I, l'épidermite vésico-pustuleuse à levures a représenté une remarquable recrudescence saisonnière.

Le diagnostic des épidermophyties à levures se pose avec l'intertrigo vrai, avec les épidermites microbiennes de ces régions, ainsi qu'avec les épidermophyties d'autre type. Dans la forme vésico-pustuleuse que nous décrivons, le diagnostic est surtout à faire avec les folliculites dues à des microbes pyogènes. On s'appuiera pour l'établir sur l'aspect spécial des vésicules, — plus larges à épiderme blanchâtre, ne contenant que peu de liquide, et pas de pus, — sur l'intensité du prurit. On l'affirmera après l'examen des squames, sur lequel nous insistons particulièrement et qui est facile. Il sera complété par la culture. L'intertrigo

mycosique devrait être recherché chez les diabétiques, les diabétides n'étant souvent que des épidermophyties de ce type.

Le traitement iodé guérit rapidement des lésions même très étendues qui avaient résisté jusque là à toute autre thérapeutique.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

D<sup>r</sup> NICOLAS.

Vu :

LE DOYEN :

JEAN LEPINE.

*Vu et permis d'imprimer :*

Lyon, le 28 Juin 1922.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P. JOUBIN.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

BALZER et DUBREUILH. — L'érythrasma (*Annales de Dermat. et Syphiligraphie*, 1884).

BODIN. — Les champignons parasites de l'homme (Paris, Masson, 1902).

BRAULT. — Le traitement de l'intertrigo (*Annales de Dermat. et Syphiligraphie*, 1896).

BROCQ et BERNARD. — Etude nouvelle des lésions intertrigineuses de la femme (*Annales de Dermat. et Syphiligraphie*, 1899).

BROCQ, BESNIER et JACQUET. — La Pratique Dermatologique, t. II, 1907.

DUBREUILH et JOULIA. — L'intertrigo mycosique (*Ann. de Dermat. et Syph.*, avril 1922).

FABRJ. — Uber erosio interdigitalis (*Münchener medicinische Wochenschrift*, 1917).

GOUGEROT et GANCEA. — Un cas d'épidermomycose due à un parasite levuriforme (*Bull. de la Soc. fr. de Dermat. et Syphil.*, 1914).

GUIART. — *Parasitologie*, 1922.

GUILLIERMOND. — *Les levures* (Paris, Doin, 1912).

HUDELO et MONTLAUR. — Epidermomycose eczématoïde par parasite du genre des levures (*Bull. de la Soc. fr. de Dermat. et Syphil.*, 1914).

HUDELO, SARTORY et MONTLAUR. — Epidermomycose eczématoïde due à un parasite du genre Endomyces (*C. R. de l'Acad. des Sc.*, N° 18, 1920).

LOMBARDO. — Dermite endomycetica interdigitale (*Giornale Italiano delle Malattie Ven. et della Pelle*, majio, 1922).

MITCHELL. — Nouvelles études sur les épidermomycoses des mains et des pieds (*Archives of Dermatology and Syphilology*, february 1922).

PETGES. — Eczéma mycosique (*Bull. Soc. fr. Dermat. et Syph.*, 1921).

— Les épidermomycoses (Rapport lu au 1<sup>er</sup> Congrès de Dermatologistes et Syphiligraphes de langue française, in *La Presse Médicale*, 1<sup>er</sup> juillet 1922).

SABOURAUD. — Les teignes, 1910.

— L'eczéma marginé de Hebra (*Arch. de Médecine Expériment.*, 1907).

— Entretiens dermatologiques (Paris, Doin 1913).

— Diagnostic et traitement des intertrigos mycosiques (*Presse Médicale*, 1918).

---

## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                              |    |
|----------------------------------------------|----|
| AVANT-PROPOS .....                           | 5  |
| INTRODUCTION .....                           | 7  |
| CHAPITRE I. — Aperçu historique.....         | 9  |
| CHAPITRE II. — Etude clinique :              |    |
| 1° Aspect objectif de l'affection.....       | 15 |
| 2° Recherche du parasite .....               | 16 |
| 3° Diagnostic .....                          | 20 |
| 4° Pronostic et Traitement .....             | 24 |
| CHAPITRE III. — Etiologie et Pathogénie..... | 29 |
| OBSERVATIONS .....                           | 33 |
| CONCLUSIONS .....                            | 39 |
| BIBLIOGRAPHIE .....                          | 42 |

---



